

SPONTAN PNÖMOTORAKSLARDA PARİETAL PLEVRA LAMBOSU İLE CERRAHİ TADEVİ

Dr. Solak, H.¹
Dr. Ersöz, A.²
Dr. Yüksek, T.³
Dr. Yeniterzi, M.³
Dr. Akkoç, Ö.⁴
Dr. Ecirli, Ş.⁵
Dr. Çalışkan, Ü.⁵
Dr. Ödev, K.⁵
Dr. Otelcioğlu, Ş.⁵
Dr. Telli, H. H.⁶

The number of patients admitted to our department with spontaneous pneumothorax during the last ten years is 150. Conservative and intercostal drainage methods used in 30 patients failed. Therefore, they are all operated on. Superiority of lambolu parietal pleural method over the other methods used for this group of disorders have been discussed. No recurrence has been reported during the 4-year follow-up period.

Spontan pnömotoraks göğüs hastalıkları içinde ilk çağlardan beri bilinmekte ve göğüs cerrahisinin acil vakaları grubuna girmektedir. Spontan pnömotoraks ile ilgili ilk tarif M.Ö. 460 - 337 yılları arasında yaşamış Hippocrates tarafından yapılmıştır. Aynı klinik tablo 1770 yılında Henson tarafından tariflenmiştir. (1, 2). Göğüs hastalıklarının teşhis ve tedavilerinde uygulanan geliştirilmiş yöntemler sayesinde spontan pnömotoraksın konservatif ve gerektiğinde cerrahi tedavisinde artık günümüzde problem olmaktan çıkmıştır.

MATERYAL VE METOD

1976 - 1986 yılları arasında kliniğimize müracaat eden 150 spontan

- (1) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.
- (2) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.
- (3) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.
- (4) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Arş. Gör.
- (5) S. Ü. Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri
- (6) S. Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Arş. Görevlisi.

pnömotoraks vakasının 30'unu konservatif yollar ve interkostal drenajla tedavi edemediğimiz için cerrahi tedavi uyguladık. 30 hastanın en genç 10, en yaşlısı ise 50 yaşında idi. Hastalarımızın 21'i (%70) erkek, 9'u (%30) ise kadın idi. (Tablo - 1).

Tablo - 1 : Vak'aların yaş ve cinse göre dağılımı.

Yaş Grupları	Erkek	%	Kadın	%
10 - 20	2	6.61	1	3.33
20 - 30	6	20	4	13.33
30 - 40	8	26.66	3	10
40 - 50	5	16.66	1	3.33

Hastalarda yapılan sualtı kapalı toraks drenajına ve aralıklı uygun vakuma (Gomko ile) rağmen hava kaçağı devam etti ve akciğer ekspanse olmadı. Gün geçtikçe genel durumun bozulması ve ampiyeme dönüşme ihtimalinin ortaya çıkması nedeniyle hastalarımızı ameliyata almaya karar verdik. Yapılan eksplorasyonda vakaların hepsinin akciğer üst loblarında geniş büllerin bulunduğunu gördük. (Resim I).



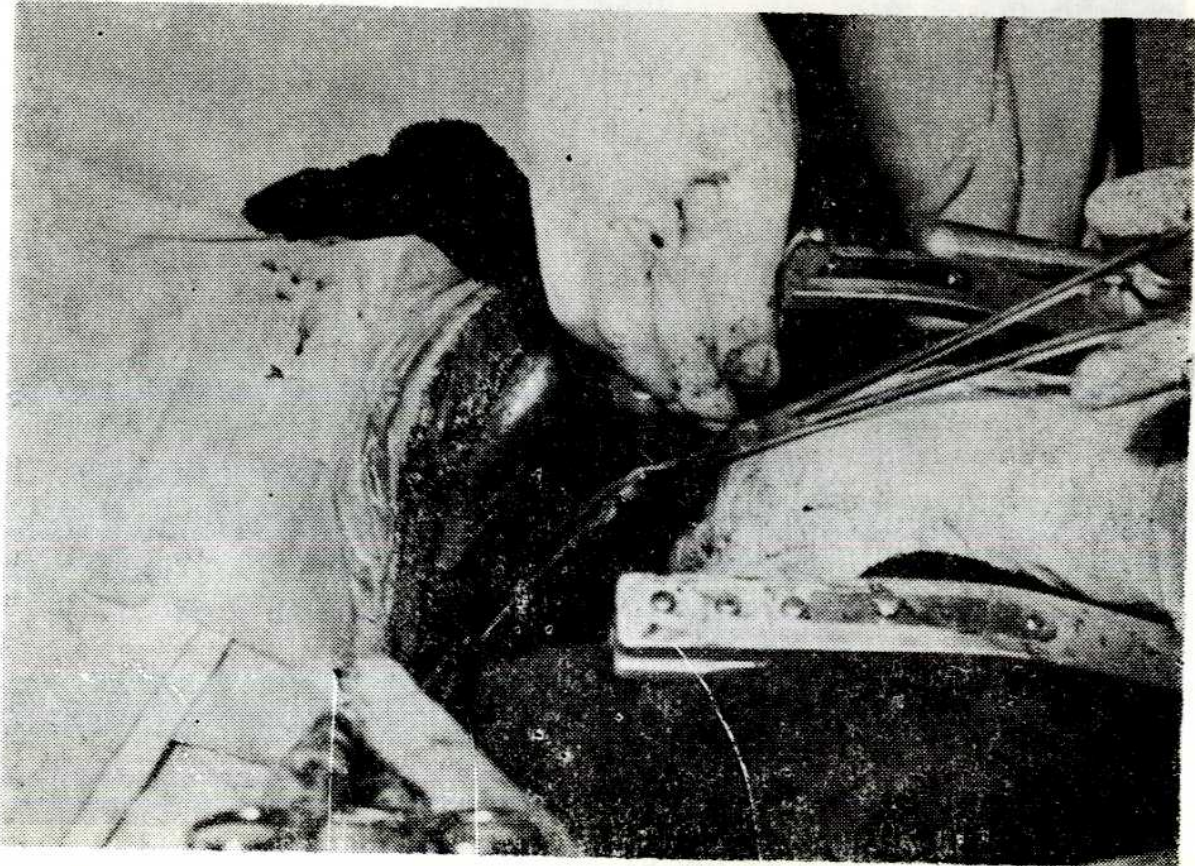
Resim I : Sağ üst lobta büller.

Önce bülleri penslerle tutup 2/0 ipekle bağladık. Penslerle tuttuğumuz büllere dikiş koymadık, çünkü akciğerin bu sahaları çok zayıftı. Yırtılma ve hava kaçağını artırmaktan korkulduğundan ipekle bağlamayı tercih ettik.

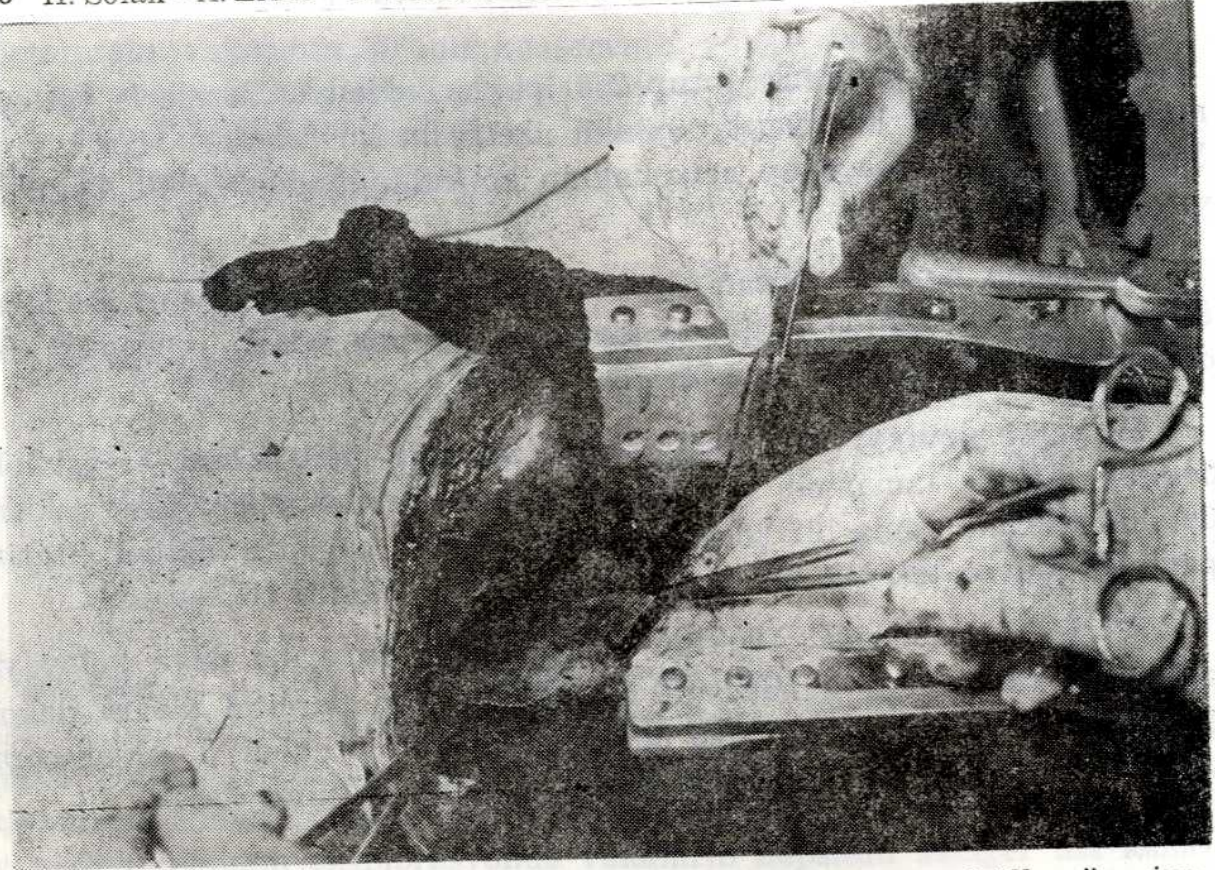
Bu işlemi tamamladıktan sonra apeksin paryetal plevrasını üst lobun üzerini örtecek şekilde toraks duvarından yer yer keskin, yer yer künt disseksiyonlarla ayırdık. (Resim II).

Paryetal plevrayı, sapı mediastende kalacak, geniş kısmı ise üst lobu örtecek şekilde tamamen serbestleştirdik. Serbestleştirilen plevra kısmı üst lob üzerine geniş bir şekilde yayıldı. Sonra bağlanan büller üzerine paryetal plevra tek tek 2/0 ipekle tutturuldu. (Resim III, IV).

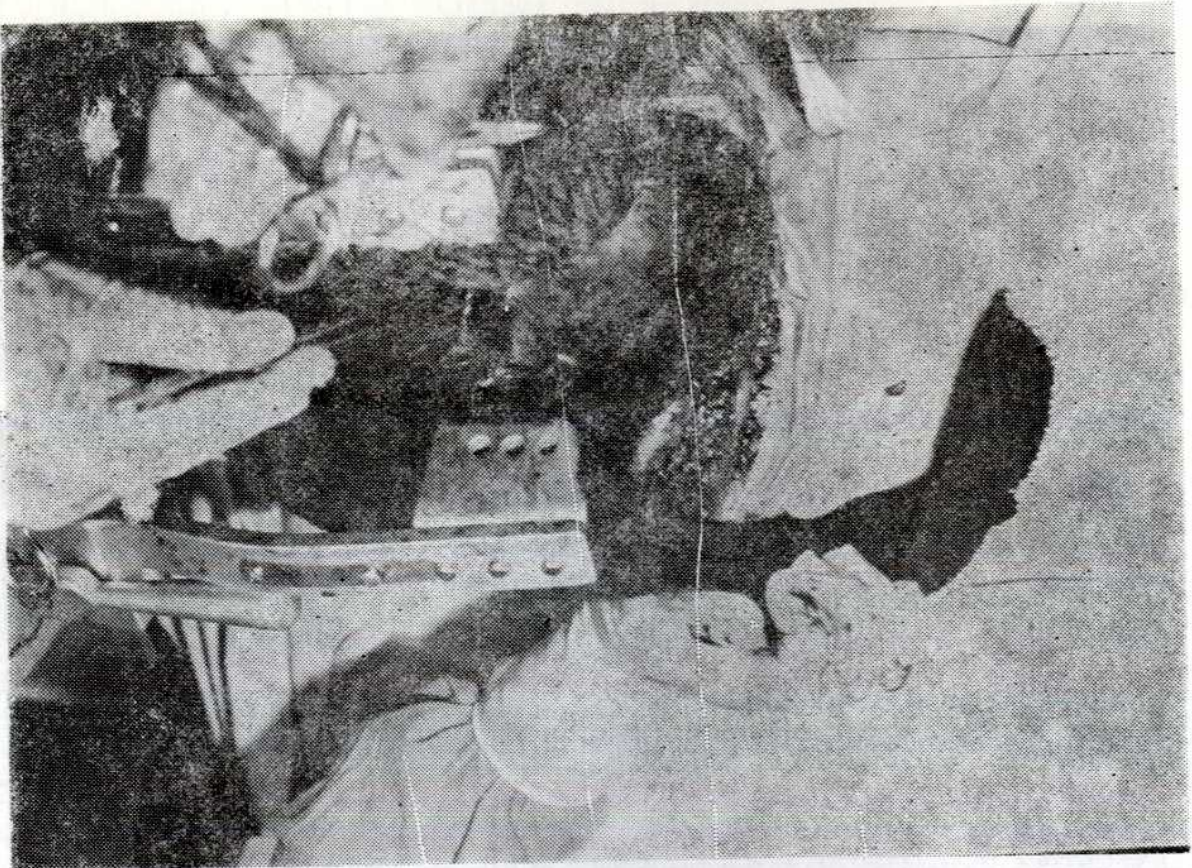
Akciğer reekspanse olduktan sonra toraks duvarına daha kolay yapışmasına sebep olur kanaatinde olduğumuz için parietal plevra dekole edilirken oluşan küçük kanama odakları kontrol edilmedi. 3 vak'anın pre ve post-op. PA akciğer grafileri Resim: 1-6 da görülmektedir.



Resim II : Prepare edilen apikal parietal plevranın görünümü.



Resim III : Prepare edilmiş parietal plevranın bağlanmış büller üzerine örtülmesi.



Resim IV : Sapi mediastende bulunan parietal plevra lambosunun bağlanmış büller üzerine tesbit edildikten sonraki son şekli.

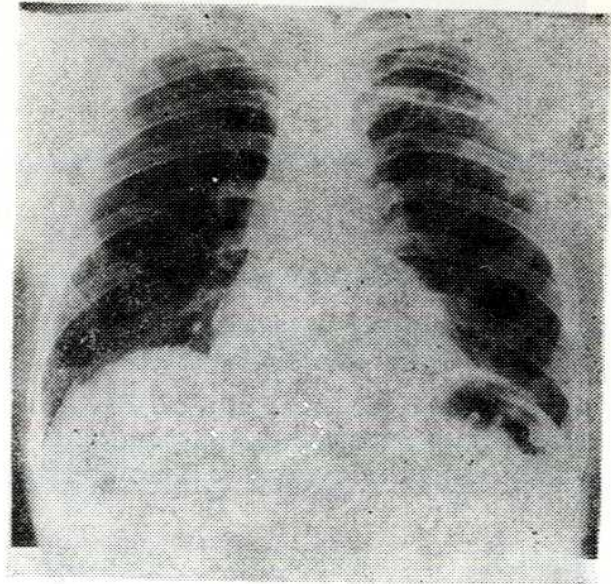
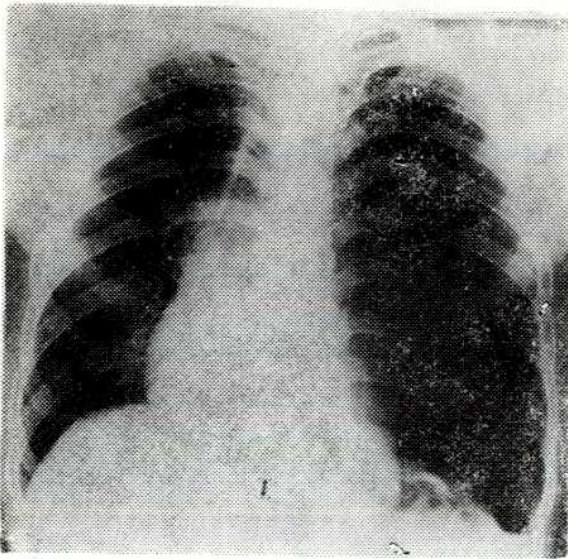
TARTIŞMA

10 sene içinde kliniğimize müracaat eden spontan pnömotoraks tanısı konmuş 150 vak'a tetkik ve tedavi edildi. Yalnız 30 vak'amız konservatif ve interkostal drenaj tedavilerine cevap vermediği için cerrahi tedaviye alınmıştır. Ameliyatta apeksteki plevrayı tamamen serbest hale getirdikten sonra pedikülü mediastende kalan bu plevra lambosunu bağlanmış büller üzerine bir kumaş gibi örtüp tek tek ipeklerle tutturduk.

Akciğeri reekspanse olmayan ve rezidiv yapan spontan pnömotoraks vak'alarında, lambolu paryetal plevra operasyonu uygulanan 30 vak'alık serideki hastalarımız 4 yıldır takibimizdedirler. Halen herhangi bir nöks görülmedi.

Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisinde uygulanan bir diğer ameliyat yönteminde plörektomidir. Bu ameliyat tekniğinde, üst lobun bağlanmış olan büllerinin bulunduğu sahanın akciğer reekspanse olduktan sonra toraks duvarına yapışacağı kısımdaki parietal plevra dekole edilerek eksize edilmektedir. Reekspanse olan akciğer bu deplöralize sahaya sıkı bir şekilde yapışarak nöksler önlenmektedir. Bu ameliyatı tavsiye eden otörler başarı yüzdesinin yüksek olduğunu ifade etmektedirler. (3, 4, 5, 6).

Tarif ettiğimiz operasyon yönteminin diğer önleyici operasyonlardan çok büyük üstünlüklerini bizzat vak'alarımızın uzun yıllar takiplerinde gözledik. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz :

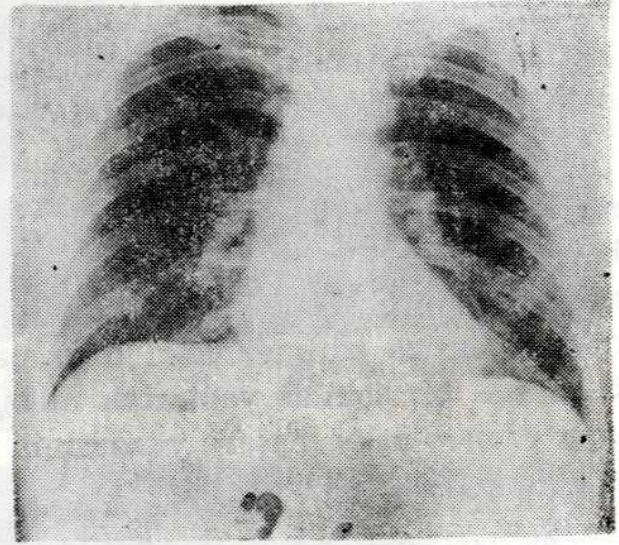
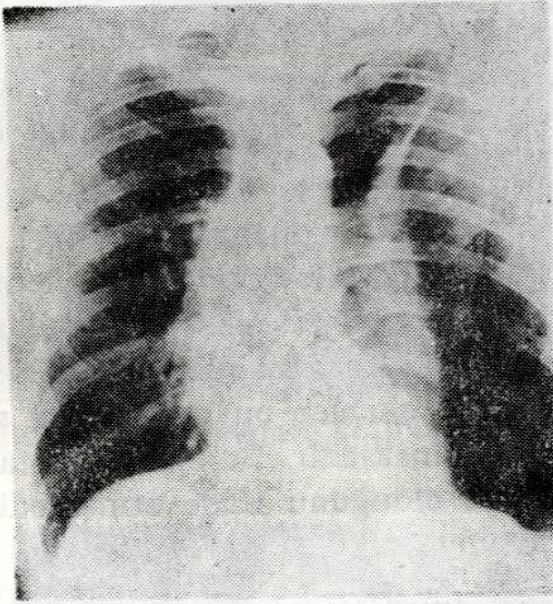


Resim - 1 : Hasta A. Ö.'nün pre-op. PA akciğer grafisi.

Resim - 2 : Hasta A. Ö.'nün post-op. PA akciğer grafisi.

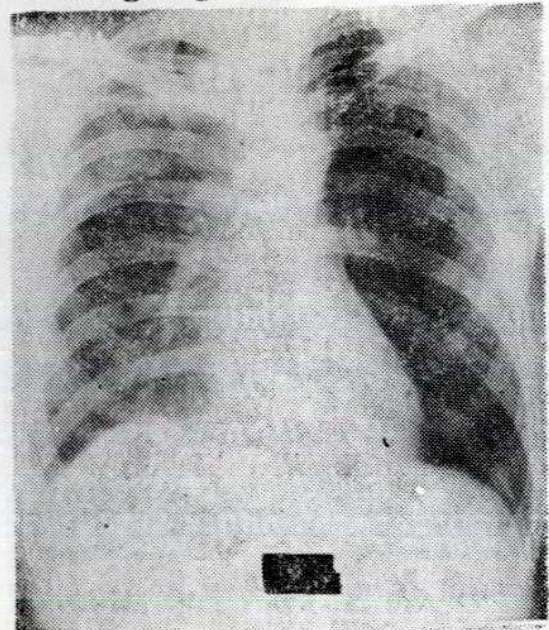
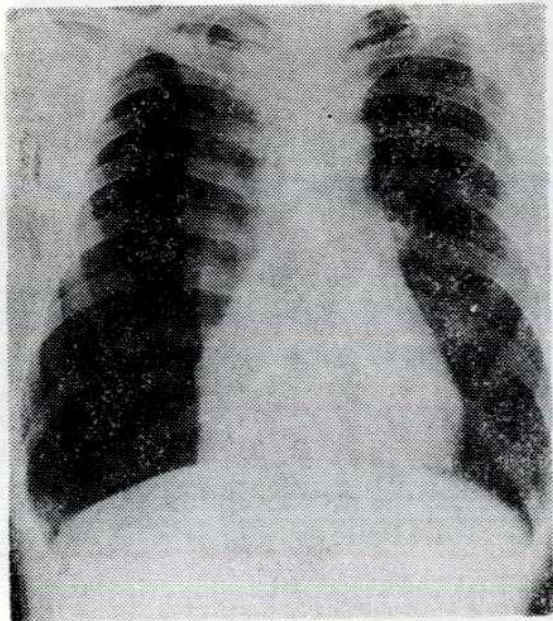
I — Lambolu paryetal plevra bir kumaş gibi bülleri bağlanmış lob üzerine serilerek tek tek ipeklerle tutturulduktan sonra küçük kaçaklarında kapanmasına sebep olmakta ve buna bağlı olarak akciğer çabuk reekspanse olmaktadır.

II — Plörektomi operasyonunda bağlanmış büller akciğer sahasında engebeli bir yüzey meydana getirdiğinden reekspansiyonu geciktirmekte, bazı durumlarda da apekte yapışma kusurundan dolayı poşlar meydana gelmektedir. Bizim yaptığımız operasyonda ise büller üzreine örtülen kumaş (paryetal plevra) düz olduğundan akciğerin reekspansiyonu



Resim - 3 : Hasta A. Ş.'nin pre op. PA akciğer grafisi.

Resim - 4 : Hasta A. Ş.'nin post-op. PA akciğer grafisi.



Resim - 5 : Hasta M. Ü.'nün pre-op. PA akciğer grafisi.

Resim - 6 : Hasta M. Ü.'nün post-op. PA akciğer grafisi.

daha çabuk olmaktadır. Operasyon esnasında, zaten plevra toraks duvarından tamamen ayrıldığından, plörektomi yapılmış oluyor. Bu durumundan da istifade edilerek, akciğerin toraks duvarına yapışma zamanı çok kısaltılmakta ve hastaların diren taşıma süresi çok azalmış olmaktadır.

III — Operasyonumuzun üçüncü üstünlüğü ise rezeksiyonlara karşıdır. Segment rezeksiyonu veya lobektomiye karşı üstünlüğü hiç doku kaybı olmaması, kısa zamanda reekspansiyondan dolayı ampiyem olma ihtimalini ortadan kaldırmış olmasıdır.

IV — Diğer üstünlüğü ise, lambonun sapı mediastende olduğundan sağ veya sol ana bronkusa havanın girmesi esnasında bu sapın akciğeri bütünü ile mediastene doğru çekmesi reekspansiyonun daha çabuk olmasını sağlamaktadır.

Böylece akciğer genişlediğinde, göğüs duvarının plevrasız olan kısmı ile karşılaşmakta ve oraya fibröz bir doku aracılığı ile yapışmaktadır. Bu yöntem ile hem akciğer üzerindeki lezyon ortadan kaldırılır, hem de akciğer göğüs duvarına yapıştırılarak nükse mani olunmuş olur.

KAYNAKLAR

1. Brooks, J. N. : *Openthoracotomy in the management of spontaneous pneumothorax. Ann. Surg.* 777 - 798, 1973.
2. Duygulu, İ., Solak, H., Yalav, E. : *Spontan pnömotoraksın etyolojisi. Mavi Bülten Mec.* 6 - 2, 89 - 95, 1974.
3. Saatler, A., Hatzenberger, H. : *Zur problematic des sogenannten idiopathischen spontan pneumothorax. 2. Tüberküloz* 123, 303 - 306, 1974.
4. Solak, H., Özgen, G., İçöz, V., Duygulu, İ. : *Spotan pnömotorakslarda tedavi yöntemleri. A. Ü. Tıp Fak. Mec. Cilt: XXX, Sayı: 1, 185 - 192, 1977.*
5. Solak, H., Duygulu, İ., Özgen, G., Yalav, E. : *Spotan pnömotorakslarda cerrahi tedavi indikasyonları. Diyarbakır Üniv. Tıp Fak. Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 3, 697 - 704, 1978.*
6. Unholtz, K. : *Riehlilien der chirurgischen therapie des spontan pneumothorax. Thorax chirurgie Vasculare Chirurgie.* 20 - 4, 303 - 307, 1972.